

OZNÁMENIE O LIEČENÍ NÁSLEDKOV ÚRAZU

! UPOZORNENIE: V prípade úrazu spolupoisteného dieťaťa je pre posúdenie nároku na poistné plnenie potrebné priložiť k Oznámeniu o liečení následkov úrazu fotokópiu rodného listu spolupoisteného dieťaťa.

ÚDAJE O POISTENOM, PRÍP. O SPOLUPOISTENOM DIEŤATI

Meno, priezvisko, titul		Rodné číslo
Dátum narodenia	Druh a číslo dokladu totožnosti	Štátna príslušnosť
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo	Obec	PSČ
Telefón	E-mail	
Zamestnanie (uvedte druh pracovnej činnosti a zamestnávateľa)		
Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z. ? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie V prípade kladnej odpovede uvedte v akom postavení		
<i>Ak ide o škodovú udalosť dieťaťa, na otázku odpovedajte v časti Prehlásenie zákonného zástupcu u maloletého poisteného.</i>		
Svojím podpisom potvrdzujem, že mám miesto narodenia v USA, som štátny občan USA, mám daňovú povinnosť v USA. <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		
Čísla poistných zmluv, ktorými ste poistený pre prípad úrazu		

ÚDAJE O ÚRAZE

- Kedy a kde došlo k úrazu? (deň, mesiac, rok, čas, miesto)
- Podrobne a súvisle opíšte činnosť, spôsob a okolnosti vzniku úrazu
- Bližšie opíšte zdroj, ktorý bol príčinou úrazu
- Ktorá časť tela bola poranená?
- Adresa zdravotníckeho zariadenia
 Kde Vám poskytli prvé ošetrenie a kedy
 Dátum začiatku lekárskeho liečenia následkov úrazu
 Dátum ukončenia nevyhnutného lekárskeho liečenia následkov úrazu
- Bola táto časť tela funkčne alebo inak postihnutá už pred týmto úrazom? áno nie Ako?
- Došlo k úrazu pri výkone povolania alebo v priamej súvislosti s ním? áno nie Ak áno, uvedte pracovisko, kde k úrazu došlo a činnosť, ktorú ste vykonávali
- Došlo k úrazu pri činnosti mimo výkonu povolania? áno nie Ak áno, označte krížikom zdroj úrazu

<input type="checkbox"/> opravárska a údržbárska činnosť; manipulácia so strojmi, náradím alebo materiálom	<input type="checkbox"/> pri doprave alebo v súvislosti s ňou	<input type="checkbox"/> pri športe
<input type="checkbox"/> pobyt a práce v domácnosti alebo v okolí príslušenstva	<input type="checkbox"/> v škole alebo pri akcii organizovanej školou	<input type="checkbox"/> pri podnikateľskej činnosti
<input type="checkbox"/> pri pešej chôdzi vrátane rekreačnej a inej činnosti	<input type="checkbox"/> vlastný dopravný prostriedok, vlastné zavinenie	<input type="checkbox"/> pri inej činnosti mimo povolania

9. Mená a adresy prípadných svedkov úrazu

10. Prípád vyšetroval (orgán, adresa, prípadne meno)

11. Ak ide o úraz motorovým vozidlom, uveďte

Druh a továrenskú značku vozidla ŠPZ

Meno a adresa vodiča

Meno a adresa vlastníka motorového vozidla

POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA ALEBO ORGANIZÁCIE

V prípade, že k úrazu došlo pri pracovnej činnosti, alebo v priamej súvislosti s ním

V dňa

Pečiatka a podpis zamestnávateľa (organizácie)

PREHLÁSENIE A SPLNOMOCNENIE (vyplňuje poistený alebo zákonný zástupca)

Prehlasujem, že k hore uvedenému úrazu som vyplnil(a) iba jedno oznámenie o liečení následkov úrazu, v ktorom som uviedol(a) pravdivé a úplné údaje. Zároveň prehlasujem, že disponujem súhlasom každej dotknutej osoby uvedenej na tomto tlačive so spracúvaním jej osobných údajov poisťovateľom, a to na účel zabezpečenia likvidácie oznámenej škodovej udalosti. Rovnako prehlasujem, že viem preukázať, že tieto dotknuté osoby vyjadrili súhlas so spracúvaním osobných údajov. Splnomocňujem poisťovňu na vyžiadanie akejkoľvek dokumentácie týkajúcej sa vzniku a liečenia môjho telesného poškodenia a zdravotného stavu. Prehlasujem a svojim podpisom potvrdzujem, že som sa oboznámil(a) s Informáciami o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou tohto Oznámenia o liečení následkov úrazu.

poistné plnenie poukážete na bankový účet

IBAN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

SWIFT/BIC banky

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Upozornenie: V prípade, ak je výplata poistného plnenia vo výške rovnjej alebo vyššej ako 1 000 eur a príjmom poistného plnenia je osoba, ktorá nie je identifikovaná na uzatvorenej poistnej zmluve, z ktorej vzniká právo na poistné plnenie, menom, priezviskom, rodným číslom a adresou, môže poisťovňa pred vyplatením poistného plnenia požadovať úradné overenie jej podpisu.

ÚDAJE O ZÁKONNOM ZÁSTUPCOVI MALOLETÉHO POISTENÉHO/SPOLUPOISTENÉHO PREHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU U MALOLETÉHO POISTENÉHO

Meno, priezvisko, titul		Rodné číslo
Dátum narodenia	Druh a číslo dokladu totožnosti	Štátna príslušnosť
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo (sídlo)	Obec	PSČ
Telefón	E-mail	

Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z. ? áno nie V prípade kladnej odpovede uveďte v akom postavení

Svojím podpisom potvrdzujem, že mám miesto narodenia v USA, som štátny občan USA, mám daňovú povinnosť v USA. áno nie

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci môjho dieťaťa a som si vedomý dôsledkov, keby toto prehlásenie nebolo pravdivé.

V dňa

Podpis poisteného

Podpis zákonného zástupcu
maloletého poisteného

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA O PRIEBEHU LIEČENIA NÁSLEDKOV ÚRAZU

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že úrazom, postihnutá osoba uvedená v tejto správe, bola ošetrovaná a liečená lekármi, v zdravotníckych zariadeniach, spôsobom a v termínoch uvedených nižšie. Tlačivo poisťovne môže vyplniť iba odborný ošetrojúci lekár, ktorý nie je v príbuzenskom vzťahu s úrazom postihnutou osobou, uvedenou v tejto správe.

ÚDAJE O ÚRAZOM POSTIHNUTEJ OSOBE

Meno, priezvisko, titul		Rodné číslo
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo	Obec	PSČ
Telefón	E-mail	
Kedy a kde došlo k úrazu? (dátum, čas, miesto)		
Podrobne a súvisle opíšte činnosť, spôsob a okolnosti vzniku úrazu		

Kedy došlo podľa zdravotnej dokumentácie k prvému lekárskeму ošetrovaniu? Dňaohod.

Diagnóza úrazu a podrobný opis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu

V akom časovom rozmedzí prebiehalo priame nevyhnutné lekárske liečenie telesného poškodenia po úraze? (časové rozmedzie uveďte prosím v tvare deň, mesiac, rok začiatku a konca liečby) od do

Podrobne popíšte časovú následnosť jednotlivých krokov liečenia telesného poškodenia, spôsob a druh liečenia, meno lekára a zdravotníckeho zariadenia, kde liečenie prebiehalo. V prípade nedôkladného vyplnenia, priložte prosím kópie lekárskeých správ ohľadom liečenia predmetného úrazu

Dátum ošetrenia	Objektívny nález	Spôsob ošetrenia	Meno lekára a adresa zdravotníckeho zariadenia

Prebiehala počas liečenia nevyhnutná liečebná rehabilitácia? individuálna v zdravotníckom zariadení

V prípade rehabilitácie v zdravotníckom zariadení prosím uveďte meno rehabilitačného lekára a zdravotníckeho zariadenia

V ktorých dňoch absolvoval klient rehabilitačné procedúry (uveďte v tvare deň, mesiac, rok) a k jednotlivým dňom uveďte druhy absolvovaných procedúr

Uveďte objektívne nálezy pri vyšetreniach pred, počas a po ukončení rehabilitácie klienta

Bola liečba úrazu optimálna alebo sprevádzaná komplikáciami? Ak áno, akými?

Je lekárska liečba následkov úrazu ukončená?

Boli doba a spôsob liečenia následkov úrazu ovplyvnené predchádzajúcim poškodením orgánu? Ak áno, v ako rozsahu?

Zodpovedá ošetrované telesné poškodenie vrátane jeho rozsahu úrazovému deju, ako je uvedený na prednej strane tohto oznámenia? áno nie

Bolo príčinou úrazu sebaškodenie? áno nie

Nastal úraz následkom požitia alkoholu, alebo vplyvom toxických látok? áno nie V krvi bolo zistené‰ alkoholu.

O aký druh návykovej látky pravdepodobne išlo?

Áké boli zistené príznaky opitosti, resp. toxických látok?

Prebiehalo počas ošetrovania telesného poškodenia po úraze, ktorý je uvedený na 1. strane tohto tlačiva, liečenie iného úrazu? Ak áno, opíšte telesné poškodenie, diagnózu, dátum nastania a dobu nevyhnutného liečenia.

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? áno nie

Pravdepodobne akého druhu a rozsahu?

Vážení pán doktor, pre posúdenie nároku na poistné plnenie sú potrebné informácie o liečení a zdravotnom stave poisteného, príp. spolupoisteného dieťaťa, o ktoré Vás touto cestou prosíme. Písomný súhlas poisteného so sprístupnením uvedených informácií je uvedený na druhej strane tlačiva. Po presnom a úplnom vyplnení a podpísaní tohto tlačiva Vám vzniká právo na odmenu vo výške 5,00 €.

Upozornenie: V prípade nepresného alebo neúplného vyplnenia údajov alebo nedoloženia požadovanej dokumentácie, nevzniká nárok na vyššie popísanú odmenu.

V dňa

Meno a priezvisko lekára

Adresa zdravotného zariadenia

.....

Vyhlasujem, že nie som v príbuzenskom vzťahu s úrazom postihnutou osobou uvedenou na tomto oznámení.

.....
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

IBAN lekára

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

SWIFT/BIC banky lekára

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

INFORMÁCIE O SPRACÚVANÍ OSOBNÝCH ÚDAJOV

1. Prevádzkovateľ osobných údajov

Wüstenrot poisťovňa, a.s.

sídlo: Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, Slovenská republika, IČO: 31 383 408, spoločnosť je zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č.: 757/B (ďalej len „Wüstenrot“).

Wüstenrot má zodpovednú osobu za ochranu osobných údajov, ktorá dohliada na riadne spracúvanie osobných údajov a na ktorú sa môžete kedykoľvek obrátiť, a to písomne na adrese Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26 alebo elektronicky na adrese DPO@wuestenrot.sk.

2. Účely spracúvania osobných údajov zo strany Wüstenrot

- uzatváranie, evidencia a správa poistných zmlúv, vrátane starostlivosti o klienta (napr. klientsky portál)
- zaistenie
- likvidácia poistných udalostí
- riešenie sťažností
- aktívne súdne spory, pasívne súdne spory, mimosúdne vymáhanie pohľadávok
- reporting, výpočet kapitálových požiadaviek,
- štatistické spracovanie
- riadenie rizika podvodu, oznamovanie protispoločenskej činnosti
- evidencia hlásení o neobvyklých obchodných operáciách a ich vybavenie
- identifikácia klienta a jeho zástupcov na účely vykonania starostlivosti vo vzťahu ku klientovi
- spracúvanie osobných údajov v rámci účtovníctva
- ponuka produktov a služieb v rámci marketingu, spotrebiteľské súťaže
- správa registratúry
- výkon vnútorného auditu, výkon súladu s predpismi, výkon riadenia rizík

- spracúvanie osobných údajov na účely predchádzania a odhaľovania legalizácie príjmov z trestnej činnosti a financovania terorizmu.

3. Právny základ

Právnym základom na spracúvanie osobných údajov je štandardne plnenie zákonnej povinnosti (najmä zákon č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákon č. 297/2008 Z. z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 395/2002 Z. z. o archívoch a registratúrach a o doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 359/2015 Z. z. o automatickej výmene informácií o finančných účtoch na účely správy daní a zákon č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov), uzatvorenie, správa a plnenie poistnej zmluvy, oprávnený záujem, ktorým je ochrana práv a právom chránených záujmov Wüstenrot (najmä účel riadenia rizika podvodu) a súhlas (najmä pre účely marketingu, spotrebiteľské súťaže). Ak klient odmietne poskytnúť Wüstenrotu osobné údaje požadované na základe zákona, je Wüstenrot povinný s ním odmietnuť uzatvoriť poistnú zmluvu.

4. Kategórie príjemcov, ktorým môžu byť poskytnuté osobné údaje

- finanční agenti
- poskytovatelia IT služieb
- asistenčné spoločnosti
- zaistovne
- advokátske kancelárie
- posudkoví lekári
- orgány verejnej moci
- znalci
- Slovenská asociácia poisťovní

- Národná banka Slovenska
- a ďalšie osoby, ktoré poskytujú služby pre Wüstenrot na základe zmluvy o spracúvaní osobných údajov. Konkrétny priebežne aktualizovaný zoznam príjemcov nájdete na www.wuestenrot.sk v časti Ochrana osobných údajov

5. Doba uchovávania osobných údajov

Wüstenrot je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb po dobu stanovenú zákonom č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve t. j. počas trvania poistenia a po zániku poistenia po dobu 10 rokov od skončenia zmluvného vzťahu v zmysle príslušných právnych predpisov. Spracúvanie osobných údajov v prípade udelenia súhlasu je možné len počas doby, na ktorú bol súhlas udelený.

6. Práva dotknutej osoby

- právo na prístup a na informácie k svojim osobným údajom,
- právo na opravu osobných údajov,
- právo na vymazanie osobných údajov (právo „na zabudnutie“),
- právo na obmedzenie spracúvania osobných údajov,
- právo na prenosnosť osobných údajov,
- právo namietat' proti spracúvaniu osobných údajov,
- právo na neúčinnosť automatizovaného individuálneho rozhodovania vrátane profilovania.

- právo odvolať súhlas (ak je súhlas právnym základom spracúvania)
- právo podať sťažnosť dozornému orgánu, t. j. Úradu na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky

Dotknutá osoba si uvedené práva uplatňuje v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a ďalšími príslušnými právnymi predpismi. Voči Wüstenrotu si dotknutá osoba môže svoje práva uplatniť prostredníctvom písomnej žiadosti alebo elektronickými prostriedkami. V prípade, že dotknutá osoba požiada o ústne poskytnutie informácií, informácie sa môžu takto poskytnúť za predpokladu, že dotknutá osoba preukázala svoju totožnosť.

7. Profilovanie a automatizované rozhodovanie pri spracúvaní osobných údajov

Wüstenrot vykonáva v rámci svojej činnosti aj tzv. profilovanie, čiže automatizované spracúvanie vo vybraných procesoch. Automatizované spracúvanie je také spracúvanie osobných údajov, pri ktorom sú používané výhradne automatické informačné systémy, napríklad softvér, elektronické kalkulačky a pod. na účel riadneho uzavretia poisťnej zmluvy, kalkulácie poisťného a správy poisťnej zmluvy.

Aktuálne informácie sú zverejnené na webovej stránke www.wuestenrot.sk v časti Ochrana osobných údajov a tiež na obchodných miestach Wüstenrotu.